



INTERVIEW

„Der Bremer Methadonbus hat sich bewährt“

Seit 1992 fährt der Methadonbus der KV Bremen an den Wochenenden und Feiertagen vier Haltestellen an, um Opioidabhängige zu substituieren. Den Dienst teilen sich 15 Substitutionsmediziner, begleitet von Mitarbeitenden der Drogenberatung sowie den Fahrerinnen und Fahrern. Der Substitutionsmediziner und Psychiater Dr. John Koc, seit 2009 in einer Bremer Gemeinschaftspraxis niedergelassen, gehört zum Team des Methadonbusses. Ursula Katthöfer (textwiese.com) schilderte er dessen Sinn und Zweck.

Wie kam es schon 1992 dazu, einen Methadonbus auf den Weg zu bringen?

Bremen startete bereits 1974 mit der Substitution – damals noch im legalen Graubereich. Als 1992 die NUB-Richtlinie in Kraft trat und die Substitution GKV-erstattungsfähig wurde, musste für die Vergabe am Wochenende eine Lösung her. Es sollte verhindert werden, dass jeder Arzt für wenige Patienten seine Praxis öffnen muss. Zuerst bekamen die Patienten ihr Substitut beim Gesundheitsamt, mitten im Kiez, beste links-alternative Ökolage. Doch die Anwohner wehrten sich gegen die Szene, was nachvollziehbar war. Um möglichst dezentral substituieren zu können, entstand die Idee mit dem Bus in Absprache zwischen der KV, dem Senat und den substituierenden Ärzten.

Wann ist der Bus unterwegs, welche Patientinnen und Patienten kommen und wie viele sind es?

Wir sind samstags, sonntags und an Feiertagen von 8:45 bis 12:15 Uhr unterwegs. Es kamen mal 300 bis 400 Patienten pro Tag. Jetzt, wo unter Corona-Bedingungen viele Take-Home erhalten, kommen 120 bis 150. Viel weniger dürfen es nicht werden, weil der Bus sich sonst nicht mehr rentiert. Es kommen die, die nicht Take-Home-fähig sind. Hinzu kommen Personen, die vor Kurzem aus dem Krankenhaus oder der JVA ent-

lassen wurden und die noch keine feste Praxis haben. Wenn der Bus nicht genutzt wird, steht er auf dem Gelände einer Taxifirma, die auch die Fahrer stellt.

Obwohl die Zahl der Substituierten zunimmt, kommen weniger Patienten zum Bus. Woran liegt das?

Einige Praxen übernehmen die Vergabe am Wochenende selbst. Aus ökonomischen Gründen ist das für Schwerpunktpraxen gar nicht anders machbar.

Welche Substitute geben Sie in welcher Form ab?

Wir geben Levomethadon und DL-Methadon jeweils als Lösung und als Tablette, Buprenorphin als Sublingualtablette und retardiertes Morphin als Tablette ab. Früher hatten wir einen Linienbus, heute haben wir einen Sprinter mit Inneneinbauten. Wir machen die beiden Hecktüren auf, klappen eine Treppe aus, die Patienten kommen herein und erhalten das Substitut am Tresen durch die Öffnung einer Plexiglasscheibe. Sie wissen, dass wir bei der Sichtvergabe sehr genau aufpassen. Deshalb können wir auch Tabletten vergeben. Beim Mörsern von Buprenorphin erlischt die Herstellerhaftung. Wir planen aber, auf einen Buprenorphin-Film umzustellen, der auf die Wangenschleimhaut geklebt wird, sich dort schnell auflöst und nicht mehr entfernt werden kann.

Worauf haben Sie bei der Auswahl der vier Haltestellen geachtet?

Sie müssen verkehrsgünstig liegen, außerdem darf sich niemand gestört fühlen. Eine liegt an Tor 1 von Mercedes Benz, weit draußen im Bremer Osten. Da ist am Wochenende gar nichts los. Das Straßenbahndepot liegt gleich gegenüber, sodass die Patienten nur über die Straße laufen müssen.

Wie ist die Stimmung am Bus?

Seitdem wir ein Alkoholverbot haben, geht es ruhig zu. Alte Hasen, die zum Teil schon seit den 90er-Jahren dabei sind, weisen neue Leute ein: Schlange stehen, nicht vordrängeln, Maske tragen. Vor dem Alkoholverbot gab es zum Teil recht derbe Auseinandersetzungen. Jetzt ist es viel friedlicher geworden und wir müssen die Polizei höchstens ein- bis zweimal im Jahr rufen, wenn überhaupt.

Wie ist es gelungen, ein Alkoholverbot durchzusetzen?

Ich war lange Oberarzt von Entzugsstationen. Von daher hat es sich herumgesprochen, dass ich gerade bei Substituierten viel Wert auf den Verzicht auf Alkohol lege, um die Leber – erst recht wenn sie durch Hepatitis C vorgeschädigt ist – zu schützen. Am Methadonbus war der Alkoholkonsum zeitweilig recht störend, weil die Betroffenen oft enthemmt und aggressiv waren. Vor ca. fünf Jahren habe ich dann ein Alkoholverbot am Bus initiiert. Seitdem ist nur noch vereinzelt eine Bierflasche sichtbar. Wer nach Alkohol riecht oder ange-trunken wirkt, wird weggeschickt. Viele Patienten fanden das gut, haben das Verbot befürwortet und die Durchsetzung unterstützt. Als zu Beginn des Alkoholverbots eine Patientin in den Bus kam und eine halbvolle Bierflasche ostentativ auf den Tresen stellte, habe



ich das Bier durch die Seitentür weggekippt und die Flasche zum Altglas gestellt. Alle anderen Patienten lachten, das sprach sich rum. Auch dass wir Patienten wegen anderen Beikonsums wegschicken müssen, um Mischintoxikationen zu vermeiden, kommt höchstens noch einmal im Monat vor.

Wer finanziert den Methadonbus? Wer ist Träger? Wer ist Aufsichtsbehörde?

Die KV Bremen finanziert den Bus bis heute durch eine Umlage. Es bezahlen ihn also alle KV-Mitglieder mit jeweils wenigen Cent. Die KV ist Träger, allerdings verwalten die Ärzte den Bus. Einige, die bereits im Ruhestand sind, haben ihn selbst ausgebaut. Die Aufsicht liegt bei der Senatorin für Gesundheit im Referat für Pharmazie. Der Bus gilt als „ausgelagerter Praxisraum“, was eminent wichtig ist, um dort substituieren zu dürfen.

Wie wird abgerechnet?

Die Patienten erhalten in ihrer jeweiligen Substitutionspraxis einen Notfallschein, den sie am Bus abgeben. Außerdem lesen wir die Versichertenkarte mobil ein. Geht der Notfallschein verloren, müssen die Patienten am Bus einen neuen Schein ausfüllen. Die Notfallscheine werden dann einfach über die normale Quartalsabrechnung abgerechnet.

Wie arbeiten Sie mit der Apotheke zusammen?

Die Patienten werden bis Freitag um 12:00 Uhr an die Apotheke gemeldet. In der Apotheke werden zwei Kisten, die mit ihren Einsätzen Werkzeugkästen ähneln, befüllt, fotografiert und mit Kabelbindern verplombt. Eine Kiste ist für Levomethadon, die andere für DL-Methadon, Buprenorphin und retardiertes Morphin. Die Einsätze sind nach der Stärke der Flüssigsubstitute gekennzeichnet – 1ml, 2ml, usw. Die Tabletten bleiben im Blister und kommen in Briefumschläge, auf denen die Namen der Patienten stehen. Auf zwei Listen, die die Apotheke vorbereitet, stehen Datum, Name des Patienten, Art und Dosis des Substituts und substituieren-

de Praxis. Wenn ein Patient sein Substitut am Bus eingenommen hat, hakt der Arzt ihn auf der Liste ab. Die Liste wird kopiert und am nächsten Werktag mit den Restbeständen an die Apotheke zurückgegeben. So kann geprüft werden, dass keine Substitute verloren gehen oder missbräuchlich abgegeben werden. Die Restbestände werden in der Apotheke dokumentiert und unter Aufsicht vernichtet.

Was würden Sie anderen Substitutionsmedizinern, die ebenfalls einen Methadonbus einsetzen möchten, empfehlen?

GESUNDHEITSPOLITIK

Ein neues Vergütungskonzept soll die Substitution attraktiver machen

von Ursula Katthöfer, Wissenschaftsjournalistin, Bonn

Wer über die Zukunftssicherung der ambulanten Substitutionstherapie (ZamS) nachdenkt, muss auch über dessen Vergütungssystem nachdenken. So das IGES Institut mit Sitz in Berlin, das sich als Forschungs- und Beratungsinstitut auf Gesundheitsfragen spezialisiert hat. Es hat ein ZamS-Vergütungskonzept vorgelegt, das die Mittel aus der bisherigen Honorierung umschichtet. Das Signal an die Krankenkassen: Mehrausgaben soll es nicht geben.

„Hat ein Substitutionsmediziner einen Patienten so weit stabilisiert, dass er Take-Home erhält, ein Familienleben führt und auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig ist, hat er viel erreicht. Doch die aktuelle Gebührenordnung honoriert diesen Erfolg nicht, im Gegenteil: Die Einnahmen der Praxis sinken, weil der Patient nicht mehr zur täglichen Sichtvergabe kommt.“ So Dr. Konrad Cimander, langjähriger Substitutionsarzt und Mitglied der Arbeitsgruppe aus Fachmedizinern, mit der das IGES Institut das ZamS-Vergütungskonzept entwickelte. Die derzeitige Honorierung schaffe Fehlanreize, die einer guten Versorgung der Patienten im Wege stehen:

- Da die tägliche Sichtvergabe relativ gut vergütet wird, ist der Wechsel zu Take-Home betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll.
- Da nur vier therapeutische Gespräche pro Quartal vergütet werden,

Sie können gerne zu uns nach Bremen kommen und hospitieren. Die Arbeit am Methadonbus lässt sich meines Erachtens nicht ausreichend auf dem Papier oder in einem Vortrag abbilden. Es reichen ein Vormittag und die Anfahrt, um unsere Vorgehensweise kennenzulernen und ggf. ein Konzept für die eigene Region zu entwickeln. Elementar ist natürlich, alle rechtlichen Vorgaben zu beachten, damit steht und fällt das ganze Unterfangen. Und Bremen ist sowieso immer eine Reise wert.

Vielen Dank!

lohnen weitere Gespräche nicht, obwohl sie für den Gesundungsprozess einzelner Patienten dringend notwendig wären.

- Da derzeit nur eine konsiliarische Untersuchung und Beratung je Behandlungsfall vorgesehen ist, finden sich nur wenige Suchtmediziner als Konsiliarier.

Die Zeit, etwas an diesem System zu ändern, drängt Cimander zufolge auch wegen der sinkenden Zahl der tätigen Substitutionsärzte. „Der Altersschnitt liegt bei über 60, bald gehen viele Kollegen in den Ruhestand. Blieben ihre Patienten unversorgt, wäre das eine Katastrophe.“

Fokus auf sprechende Medizin

Die Grundidee des neuen ZamS-Vergütungskonzepts ist, die Honorare stärker auf die Gespräche zwischen Arzt und



Patient sowie die Koordination der Behandlung auszurichten. Cimander: „Das entspricht dem hohen medizinischen Stellenwert, der der sprechenden Medizin zukommt. Bei einem multimorbiden Patienten mit Hepatitis C, HIV und psychiatrischen Störungen, braucht der Arzt viele Gespräche.“

Auch honoriert das neue Konzept den Mehraufwand, wenn Patienten zum ersten Mal substituiert werden oder die Praxis wechseln. Es ermöglicht praxisübergreifende Ärzteteams, in denen ein Suchtmediziner den Behandlungsplan verantwortet und niedergelassene Kollegen das Substitut abgeben. Gleichzeitig sinkt das Honorar für Vergabe und Verabreichung. Die Honorare für Labor sowie Versichertenpauschale sollen dem Konzept zufolge bleiben wie bisher.

Umsatz im Schnitt bei 450 bis 500 Euro pro Patient und Quartal

Ziel ist, dass das Vergütungsvolumen über alle substituierenden Praxen gleich bleibt. Modellrechnungen zufolge ist das möglich. „Zurzeit liegt der Umsatz im Schnitt bei 450 bis 500 Euro pro Patient pro Quartal“, sagt Cimander. „Das Gesamtvolumen soll bleiben, unabhängig davon, wie oft einzelne Patienten in die Praxis kommen. Dahinter steckt eine weitere Logik: Je mehr Patienten einer Praxis Take-Home erhalten, desto mehr Kapazitäten entstehen, um neue Patienten in die Substitution aufzunehmen.“

G-BA-Beschluss noch in diesem Jahr?

Der Arbeitskreis hofft, dass der G-BA das neue Vergütungskonzept bis zum dritten Quartal 2022 beschließt. Es soll auch ein Anreiz für zusätzliche Mediziner sein, sich für die Substitution zu qualifizieren. Denn nur so ließe sich das Kampagnenziel „100.000 Substituierte bis 2022“ erreichen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Das ZamS-Vergütungskonzept im **Volltext** finden Sie unter subletter.de
> Downloads > Zusatzdokumente

BERUFSRECHT

Substitutionsverschreibung zum Eigengebrauch trotz Benzodiazepinabhängigkeit der Patientin

von RAin, FA MedR Dr. Christina Thissen, Voß & Partner, Münster, voss-medizinrecht.de

Das Berufsgericht für Heilberufe Berlin hat einen Substitutionsarzt von einem Verstoß gegen Berufspflichten freigesprochen, der einer drogenabhängigen Patientin trotz regelmäßigen Benzodiazepinbeikonsums mehrfach Substitutionsmittel zum Eigengebrauch verschrieben hatte (Urteil vom 04.06.2021, Az. 90 K 4.19 T).

Der vor dem Berufsgericht angeklagte Arzt ist zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Eine ehemalige Substitutionspatientin hatte sich bei der Ärztekammer über den Arzt mit der Behauptung beschwert, dieser habe sie sexuell belästigt, u. a. durch Berührungen am Gesäß und anzügliche Whatsapp-Nachrichten. Im Rahmen des folgenden berufsrechtlichen Untersuchungsverfahrens der Kammer wurden nicht nur die behaupteten sexuellen Übergriffe, sondern auch die Verordnungen des Arztes überprüft, für berufsrechtswidrig befunden und entsprechend angeklagt.

Die seit 2015 bei der Patientin vom angeklagten Arzt durchgeführten Drogen-Screenings ergaben regelmäßigen, nicht ärztlich verordneten Benzodiazepinkonsum. Dennoch kam es mehrfach zur Verschreibung von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme. Aus der Behandlungsdokumentation ergab sich, dass der Beikonsum regelmäßig in den Begleitgesprächen thematisiert wurde, die Substitutionsdosierung stetig reduziert werden konnte und die Patientin keine Anzeichen von auffälliger Müdigkeit oder Ateminsuffizienz zeigte.

Seit Oktober 2017 sind die Regelungen zu Sachverhalten, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen in der Substitution betreffen, aus dem bundesrechtlichen Betäubungsmittelrecht in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt worden. Davon erfasst sind insbesondere Feststellungen zum Beikonsum und zum Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme. Nach Nr. 4.1.2 der entspre-

chenden **BÄK-Richtlinie** kann eine Verschreibung bis zu sieben Tage erfolgen, wenn der Patient sich in einer stabilen Substitutionsbehandlung befindet. Kriterien sind die regelmäßige Wahrnehmung der Arztkontakte, eine abgeschlossene Einstellung auf das Substitutionsmittel, eine Stabilisierung des Patienten im bisherigen Behandlungsverlauf, der Ausschluss von Risiken einer Selbst- und Fremdgefährdung und kein Beikonsum von Substanzen, die zusammen mit der Substitution zu einer Gesundheitsgefährdung führen könnten.

Das befasste Berufsgericht entnahm der BÄK-Richtlinie und den dazu vorhandenen Kommentierungen, dass dem jeweils substituierenden Arzt **Ermessensspielräume** bei der Beurteilung eröffnet werden, ob und nach welchen Kriterien insbesondere der Beigebrauch von anderen Mitteln im Einzelfall bei der Verschreibungspraxis zu berücksichtigen ist. Vorliegend habe sich der Arzt dadurch entlasten können, dass er sich nach eingehender Erörterung der Gründe für die Benzodiazepineinnahme mit der Patientin auch darauf verständigt habe, dass jeweils nur eine Tablette zur Nacht eingenommen werde. In den insgesamt zehn Jahren der Behandlung habe es auch keine klinischen oder laborchemischen Anzeichen einer Dosissteigerung gegeben. Der Arzt habe sich damit im ihm nach der BÄK-Richtlinie zur Verfügung stehenden Beurteilungskorridor bewegt. Da ihm auch die vorgeworfene sexuelle Belästigung nicht nachgewiesen werden konnte, wurde der Arzt insgesamt berufsgerichtlich freigesprochen.